Kantonsgericht
Basel-Landschaft
Abteilung Sozialversicherungsrecht

Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 15. Januar 2015 (725 14 255 / 725 14 264)

Unfallversicherung

Unfallkausalität, Beweiswert von Gutachten

Besetzung	Präsidentin Eva Meuli, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Yves Thommen, Gerichtsschreiber Tobias Rebmann
Parteien	A.____, Beschwerdeführer 1, vertreten durch Raffaella Biaggi, Advokatin, Lange Gasse 90, 4052 Basel
	SUVA, Abteilung Militärversicherung, Postfach 8715, 3001 Bern, Beschwerdeführerin 2
	gegen
	Visana Versicherungen AG, Leistungszentrum UVG, Weltpoststrasse 19, 3000 Bern 15, Beschwerdegegnerin
Betreff	Leistungen

A. Der 1966 geborene A.____ erlitt am 21. Juni 1985 einen Unfall, als er von einer Mauer auf ein Trottoir sprang und sich dabei das rechte Knie verletzte. Nachdem er am 15. Juli 1985 in die Rekrutenschule eingerückt war, verletzte er sich am 21. September 1985 beim Handballspielen erneut am rechten Knie. Am 7. Oktober 1985 wurde sein Knie operiert und eine Ersatz-

plastik vorgenommen, wobei das damalige Bundesamt für Militärversicherung (seit 1. Juli 2005: SUVA [Schweizerische Unfallversicherungsanstalt], Abteilung Militärversicherung) die entsprechenden Kosten übernahm.

B. Seit dem 1. Januar 2010 arbeitete A.____ als Project Manager bei der G.____ und war durch die Arbeitgeberin bei der Visana Versicherungen AG (Visana) obligatorisch gegen die Folgen von Unfällen versichert. Am 23. Juli 2013 erlitt er einen weiteren Unfall, als er sich beim Fussballspielen übertrat und hinfiel. Am 26. August 2013 wurde eine MRT-Untersuchung durchgeführt und am 1. Oktober 2013 wurde das rechte Knie arthroskopisch operiert. Mit Verfügung vom 22. November 2013 teilte ihm die Visana mit, dass es beim Ereignis vom 23. Juli 2013 zu einer vorübergehenden schmerzhaften Aktivierung des Vorzustands gekommen sei. Da sich im MRT vom 26. August 2013 keine Befunde hätten erheben lassen, die überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 23. Juli 2013 zurückzuführen seien, könne mit diesem Datum von einem Status quo sine ausgegangen werden. Demnach sei der natürliche Kausalzusammenhang nicht mehr gegeben, weshalb die Versicherungsleistungen per 26. August 2013 eingestellt würden. Die dagegen erhobene Einsprache wies die Visana mit Entscheid vom 21. Juli 2014 ab.

C. Gegen diesen Einspracheentscheid erhob A.____, vertreten durch Advokatin Raffaella Biaggi, am 1. September 2014 Beschwerde beim Kantonsgericht, Abteilung Sozialversicherungsrecht (Kantonsgericht). Darin beantragte er, es sei der angefochtene Einspracheentscheid aufzuheben und es sei die Beschwerdegegnerin dazu zu verurteilen, weiterhin die gesetzlichen Leistungen zu erbringen, eventualiter sei eine gutachterliche Expertise durch das Gericht anzuordnen; unter o/e-Kostenfolge.

D. Am 8. September 2014 erhob die SUVA, Abteilung Militärversicherung, ebenfalls Beschwerde gegen den Einspracheentscheid beim Kantonsgericht. Sie beantragte, der angefochtene Einspracheentscheid sei aufzuheben und die Visana sei zu verpflichten, A.____ die gesetzlichen Leistungen auszurichten; unter o/e-Kostenfolge. Zur Begründung der Beschwerden wurde im Wesentlichen ausgeführt, dass durch das Unfallereignis vom 23. Juli 2013 ein bestehender Vorzustand verschlimmert worden sei und die durch das Ereignis verursachten Beschwerden am 26. August 2013 noch nicht behoben gewesen seien.

E. Mit Verfügung vom 15. September 2014 wurden die vorliegenden Beschwerdeverfahren zusammengelegt.

F. Die Beschwerdegegnerin schloss in ihrer Vernehmlassung vom 28. Oktober 2014 auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **i n E r w ä g u n g** :

1. Gemäss Art. 56 Abs. 1 und Art. 57 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000, dessen Bestimmungen gemäss Art. 2

ATSG in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) vom 20. März 1981 auf die Unfallversicherung anwendbar sind, kann gegen Einspracheentscheide der Unfallversicherer beim zuständigen kantonalen Versicherungsgericht Beschwerde erhoben werden. Zur Beschwerde ist gemäss Art. 59 ATSG berechtigt, wer durch die angefochtene Verfügung berührt ist und ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Änderung hat. Zuständig ist nach Art. 58 ATSG das Versicherungsgericht desjenigen Kantons, in dem die versicherte Person zur Zeit der Beschwerdeerhebung ihren Wohnsitz hat. Vorliegend befindet sich dieser im Kanton Basel-Landschaft, weshalb die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. a des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Einspracheentscheide der Versicherungsträger gemäss Art. 56 ATSG. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerden zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobenen – Beschwerden vom 1. September 2014 bzw. 8. September 2014 ist demnach einzutreten.

2. Strittig und im Folgenden zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin ihre Versicherungsleistungen für die Folgen des Unfallereignisses vom 23. Juli 2013 zu Recht per 26. August 2013 eingestellt hat.

2.1 Nach Art. 6 Abs. 1 UVG hat der Unfallversicherer in der obligatorischen Unfallversicherung, soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt, die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten zu gewähren. Art. 10 Abs. 1 UVG gewährt der versicherten Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung der Unfallfolgen (Heilbehandlung). Ist die versicherte Person infolge des Unfalles voll oder teilweise arbeitsunfähig, so hat sie gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG Anspruch auf ein Taggeld. Dieses beträgt bei voller Arbeitsunfähigkeit 80 Prozent des versicherten Verdienstes. Bei teilweiser Arbeitsunfähigkeit wird es entsprechend gekürzt (Art. 17 Abs.1 UVG). Der Anspruch entsteht gemäss Art. 16 Abs. 2 UVG am dritten Tag nach dem Unfalltag und er erlischt mit der Wiedererlangung der vollen Arbeitsfähigkeit, mit dem Beginn einer Rente oder mit dem Tod der versicherten Person.

2.2 Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt – unter anderem – voraus, dass zwischen dem versicherten Ereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Arbeitsunfähigkeit, Invalidität, Integritätsschädigung) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1). Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise bzw. nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, das Ereignis mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiele (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzu-

sammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die rechtsanwendende Behörde – die Verwaltung oder im Streitfall das Gericht – im Rahmen der ihr obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosse Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruchs nicht (vgl. BGE 129 V 181 E. 3.1 mit Hinweisen).

2.3 Wird durch einen Unfall ein krankhafter Vorzustand verschlimmert oder überhaupt erst manifest, entfällt die Leistungspflicht des Unfallversicherers erst, wenn der Unfall nicht mehr die natürliche und adäquate Ursache des Gesundheitsschadens darstellt, wenn also Letzterer nur noch und ausschliesslich auf unfallfremden Ursachen beruht. Dies trifft dann zu, wenn entweder der (krankhafte) Gesundheitszustand, wie er unmittelbar vor dem Unfall bestanden hat (Status quo ante) oder aber derjenige Zustand, wie er sich nach dem schicksalsmässigen Verlauf eines krankhaften Vorzustandes auch ohne Unfall früher oder später eingestellt hätte (Status quo sine), erreicht ist. Ebenso wie der leistungsbegründende natürliche Kausalzusammenhang muss das Dahinfallen jeder kausalen Bedeutung von unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens mit dem im Sozialversicherungsrecht allgemein üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sein. Die blosse Möglichkeit nunmehr gänzlich fehlender ursächlicher Auswirkungen des Unfalls genügt nicht. Da es sich hierbei um eine anspruchsaufhebende Tatfrage handelt, liegt die entsprechende Beweislast – anders als bei der Frage, ob ein leistungsbegründender natürlicher Kausalzusammenhang gegeben ist – nicht bei der versicherten Person, sondern beim Unfallversicherer. Dieser muss jedoch nicht den Beweis für unfallfremde Ursachen erbringen. Welche Ursachen ein nach wie vor geklagtes Leiden hat, ist unerheblich. Entscheidend ist allein, ob die unfallbedingten Ursachen eines Gesundheitsschadens ihre kausale Bedeutung verloren haben, also dahingefallen sind. Ebenso wenig geht es darum, vom Unfallversicherer den negativen Beweis zu verlangen, dass kein Gesundheitsschaden mehr vorliege oder dass die versicherte Person nun bei voller Gesundheit sei (Sozialversicherungsrecht - Rechtsprechung [SVR] 2008 UV Nr. 11 S. 35 E. 3.3 mit Hinweisen). Beizufügen ist, dass die Beweislastregel, wonach der Unfallversicherer und nicht die versicherte Person die Beweislast für das Dahinfallen der natürlichen Unfallkausalität trägt, erst Platz greift, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes und der Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die überwiegende Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 264 E. 3b mit Hinweisen).

3.1 Zur Abklärung medizinischer Sachverhalte – wie der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person oder der Feststellung natürlicher Kausalzusammenhänge im Bereich der Medizin – ist die rechtsanwendende Behörde regelmässig auf Unterlagen angewiesen, die ihr vorab von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen weiteren Hinweisen). Das Gericht hat diese medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es

bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c).

3.2 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 f. E. 4.4 und 4.5). So wird zur Frage der beweisrechtlichen Verwertbarkeit der Berichte und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen der Grundsatz betont, wonach ein Anstellungsverhältnis dieser Person zum Versicherungsträger alleine nicht schon auf mangelnde Objektivität und Befangenheit schliessen lässt (BGE 125 V 353 E. 3b/ee). Diesen Berichten kommt allerdings nicht derselbe Beweiswert wie einem im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Fachpersonen oder gar wie einem Gerichtsgutachten zu, sie sind aber soweit zu berücksichtigen, als auch nicht geringe Zweifel an der Richtigkeit ihrer Schlussfolgerungen bestehen (BGE 135 V 471 E. 4.7).

4. Für die Beurteilung des vorliegenden Falles sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen zu berücksichtigen:

4.1 Dr. med. B.____, FMH Radiologie, hielt mit Bericht vom 27. August 2013 fest, dass eine fortgeschrittene Femoropatellargelenksarthrose mit Knorpeldefekten vorhanden sei, vor allem an der lateralen Facette mit Ödem angrenzend im Markraum. Weiter bestünden deutliche, wahrscheinlich degenerativ bedingte Signalveränderungen des medialen Meniskushorns mit angrenzendem Ganglion auf Höhe der zentralen Fixation posterior. Es sei keine rissverdächtige Meniskusläsion nachweisbar.

4.2 Dr. med. C.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seinem Operationsbericht vom 2. Oktober 2013 fest, dass beim Patienten ein Zustand nach offener vorderer Kreuzbandplastik 1985 bestehe und ein Status nach Schraubenentfernung am rechten Kniegelenk am 26. April 1988. Es habe sich eine posttraumatische Arthrose femoropatellär entwickelt und der Patient habe ebenso Schmerzen am Tibiakopf medial über dem Bohrloch der Kreuzbandplastik, wo eine sehr derbe Resistenz palpabel sei. Dr. C.____ hielt fest, dass er sich zur Kontrollarthroskopie, Revision und Exzision der Resistenz am medialen Tibiakopf links entschlossen habe. Beim Patienten bestehe eine fortgeschrittene Femoropatellararthrose, sowohl retropatellär wie auch im femoralen Gleitlager sei eine Chondromalazie Grad III bis IV vorhanden. Im femoralen Gleitlager sei vor allem medialseits ein instabiler Randknorpel auszumachen und die Patella sei zentriert. In Bezug auf das mediale Kom-

partiment hielt Dr. C.____ eine Chondromalazie Grad II in der Belastungszone der medialen Femukondylenrolle fest. Weiter bestünden eine oberflächliche Chondromalazie am Tibiaplateau sowie eine Läsion des medialen Meniskushinterhornes. Das Intercondylicum sei ziemlich vernarbt und eine gute Einsicht sei nicht möglich, weshalb durch den anteromedialen Arbeitszugang mit dem Shaver und dem Arthrocare zuerst ein Narbendebridement durchgeführt werde. Das hintere Kreuzband sei suffizient und unauffällig. Das vordere Kreuzband verlaufe anatomisch und sei revaskularisiert. Bei vorderer Schubladenbewegung bestehe ein leicht verzögertes Anspannen. In Bezug auf das laterale Kompartiment hielt Dr. C.____ Folgendes fest: Im lateralen Meniskuscorus bestehe ein kleiner Querriss, sonst unauffälliger lateraler Meniskus. In der Belastungszone der lateralen Femurkondylenrolle bestehe eine oberflächliche Chondromalazie I. Am Tibiaplateau bestünden schöne Knorperverhältnisse, der Hiatus popliteus und die Poplitealsehne seien unauffällig.

4.3 Dr. C.____ teilte der Beschwerdegegnerin am 10. Oktober 2013 auf entsprechende Anfrage mit, dass keine Konsultationsberichte bestünden bzw. erstellt würden. Allfällige weitere Fragen seien in Form einer detaillierten Zeugnisanfrage zu stellen.

4.4 In seiner vertrauensärztlichen Beurteilung zuhanden der Beschwerdegegnerin vom 5. November 2013 kam Dr. med. D.____, FMH Orthopädische Chirurgie, nach Konsultation der vorhandenen Unterlagen zum Schluss, dass das Ereignis vom 23. Juli 2013 zu Schmerzen im rechten Knie geführt habe. Welche konkreten Verletzungen dabei entstanden sein könnten, sei leider nicht nachvollziehbar, da der erstbehandelnde Arzt (Dr. C.____) keine diesbezüglichen Befunde schriftlich dokumentiert habe. Im MRT vom 26. August 2013 seien erhebliche strukturelle Alterationen gefunden worden, welche alle älteren Datums seien. 1985 habe sich der Versicherte einer Ersatzplastik des vorderen Kreuzbandes unterziehen müssen und seither sei es zur kontinuierlichen Entwicklung von arthrotischen Veränderungen femoropatellar und etwas geringer auch im medialen Kompartiment gekommen. Auch eine Signalaltera-tion am medialen Meniskus werde vom Radiologen in seinem Bericht vom 27. August 2013 als „wahrscheinlich degenerativ bedingt“ bezeichnet. Insgesamt liessen sich somit anhand der zur Verfügung stehenden Dokumente keine pathologischen Befunde objektivieren, die überwiegend wahrscheinlich beim Ereignis vom 23. Juli 2013 neu entstanden seien. Dies würde auch durch die im Operationsbericht vermerkte Indikation bestätigt. Weiter hielt Dr. D.____ fest, dass das Ereignis den Vorzustand bloss vorübergehend im Sinne einer schmerzhaften Aktivierung verschlimmert habe. Von einem Status quo sine dürfe ab 26. August 2013 ausgegangen werden, als sich in einer MRT keine Befunde mehr hätten erheben lassen, die überwiegend wahrscheinlich auf das Ereignis vom 23. Juli 2013 zurückzuführen gewesen seien.

4.5 Der Kreisarzt Militärversicherung Dr. med. E.____, FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seiner Beurteilung vom 21. Januar 2014 fest, dass die Arthroskopie vom 1. Oktober 2013 in einem überwiegend wahrscheinlichen Zusammenhang mit dem Ereignis vom 23. Juli 2013 stehe. Bis zu diesem Zeitpunkt sei, gemäss Angaben des Versicherten, mit dem Knie alles in Ordnung gewesen.

4.6 Mit Bericht vom 27. Februar 2014 führte Dr. C.____ aus, bei der Arthroskopie habe die mediale Meniskusläsion als lappenförmige Läsion imponiert. Sie dürfte deshalb Folge des am 23. Juli 2014 erlittenen Unfalls sein. Die laterale Meniskusläsion sei seines Erachtens eher im Rahmen einer degenerativen Meniskopathie anzusehen. Der erlittene Unfall habe zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung des Vorzustands geführt. Dies bereits darum, weil die mediale Meniskusläsion bei schon bestehender zweitgradiger Chondromalazie an der Femurkondylenrolle einen negativen Einfluss auf die Progression der posttraumatisch vorbestehenden Arthrose haben dürfte. Zusammenfassend sei er deshalb der Meinung, dass der Unfall einerseits zu einer medialen Meniskusläsion und andererseits zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung des Vorzustands geführt habe. Durch diese Verschlimmerung sei die arthroskopische Operation notwendig geworden und der Status quo sine sei frühestens vier bis sechs Monate nach erfolgter Operation erreicht worden.

4.7 Dr. med. F.____, FMH Orthopädische Chirurgie, hielt in seiner Beurteilung vom 15. Juli 2014 zuhanden der Beschwerdegegnerin fest, dass präoperativ keine klinischen Befunde in den Akten seien, welche die Möglichkeit einer Überprüfung der Unfallkausalität der beklagten Beschwerden eröffnen würden. Es erstaune und sei nicht lege artis, wenn keine Konsultationsberichte erstellt würden, wie von Dr. C.____ am 10. Oktober 2013 mitgeteilt worden sei. Im MRT vom 26. August 2013 fänden sich keine Hinweise, welche mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf einen schädigenden Krafteinfluss nur gerade knapp fünf Wochen zuvor hindeuten könnten. Die Signalstörung im medialen Meniskus sei überwiegend wahrscheinlich degenerativ, wie bereits der Radiologe Dr. B.____ festgehalten habe. Dies überzeuge auch deshalb, weil perifokal ein kleines, an die Meniskusläsion angrenzendes polylobuliertes Ganglion bestehe. Dessen Entstehung dauere mindestens mehrere Monate und sei trotz gegensätzlicher Diskussion in der Literatur überwiegend wahrscheinlich Ausdruck der Degeneration. Zudem seien in der perifokalen Umgebung keine weiteren Signalstörungen (bone bruise, Ödem usw.) nachgewiesen, welche auf die akute Schädigung hinweisen könnten. Tatsache bleibe, dass im Operationsbericht im Zusammenhang mit dem Ereignis vom 23. Juli 2013 eine eindeutig unfallfremde Indikation ausgewiesen sei. Daran vermöge die nachträglich gemachte und gegenteilige Behauptung von Dr. C.____ vom 27. Februar 2014, die Verschlimmerung des Vorzustandes sei die Indikation zur Operation gewesen, nichts zu ändern, insbesondere auch deshalb nicht, weil den Akten weder eine hinreichende Dokumentation noch eine nachvollziehbare und überwiegend wahrscheinliche Begründung für diese Verschlimmerung zu entnehmen sei. Weshalb bei der gegebenen Kausalitätsfrage vom Operateur keine aussagekräftigen Unterlagen vorgelegt würden, entziehe sich seiner Kenntnis. Dass es sich um eine Lappenläsion am medialen Meniskus gehandelt haben solle, sei dem Operationsbericht im Übrigen nicht zu entnehmen und werde erst im Bericht vom 27. Februar 2014 erwähnt. Darin bleibe aber unerwähnt, dass die natürliche respektive schicksalhafte Entstehung einer Meniskusläsion im Rahmen der perifokalen Chondropathie das Wahrscheinlichste sei und es unwahrscheinlich bleibe, dass die Behandlungsbedürftigkeit auf eine mögliche respektive hypothetische und nicht beweisbare zusätzliche Rissbildung im bereits vorgeschädigten Meniskus zurückgeführt werden könne. Degenerative Meniskusrisse entstünden durch chronische und wiederholte Einwirkungen normaler Kräfte im Lebensalltag und seien im Alter ab 40 Jahren die Regel.

Dass bei einem Sturz vorübergehend Schmerzen auftreten könnten (wegen Mikroverletzung in schmerzinnervierten Weichteilen), sei hinreichend bekannt, doch würden derartige Verletzungen immer und folgenlos ausheilen, ohne dass eine ärztliche Behandlungsnotwendigkeit dafür bestehe oder dass davon eine Funktionsbeschränkung abgeleitet werden könne oder müsse.

4.8 In einer weiteren Beurteilung vom 29. Juli 2014 hielt der Kreisarzt Militärversicherung Dr. E.____ fest, dass der MRT-Befund vom 26. August 2013 eine fortgeschrittene Femoropatellararthrose mit stellenweise fehlendem Knorpel sowie ausgeprägten osteophytären Reaktionen zeige. Dies sei ein MRT-Befund, wie er aufgrund altersentsprechender Veränderungen durchaus auch ohne Unfallereignis bei entsprechenden Beschwerden häufig zu finden sei. Festzuhalten sei jedoch auch, dass bis zum Ereignis vom 23. Juli 2013 das rechte Knie voll belastbar und die Beweglichkeit nicht eingeschränkt gewesen sei. Erst das genannte Ereignis habe zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung geführt. Es sei aus Sicht des kreisärztlichen Dienstes auch nach durchgeführter transarthroskopischer Teilmeniskektomie nicht mehr möglich, den Status quo sine zu postulieren, denn das Unfallereignis sei eingetreten und habe dazu geführt, dass Knieblockaden und entsprechende Beschwerden aufgetreten seien. Insoweit könne dieses Ereignis nicht hinweggedacht werden, zumal nach Operationen jeder Art ein Status quo sine ohnehin gar nicht mehr erreichbar sei.

In der Aktenbeurteilung von Dr. F.____ werde kein Bezug genommen auf den Unfall aus dem Jahre 1985 bzw. auf die entsprechenden Akten. Daher könne davon ausgegangen werden, dass Dr. F.____ zum Zeitpunkt seiner Beurteilung die relevanten Vorakten nicht zur Verfügung gestanden haben. Dies sei aber eine unabdingbare Voraussetzung, um eine Gesamtbeurteilung vornehmen zu können.

5.1.1 Der Beschwerdeführer 1 macht geltend, die Beschwerdegegnerin hätte bei der vorliegenden Ausgangslage die Akten des Unfalls aus dem Jahre 1985 beiziehen müssen. Es sei unzulässig, dass sie die diesbezügliche Abklärung gänzlich unterlassen habe. Weiter sei die Beschwerdegegnerin ursprünglich offensichtlich der Auffassung gewesen, Beurteilungen des operierenden Arztes zu benötigen und habe deshalb die entsprechenden Konsultationsberichte bei Dr. C.____ angefordert. Dessen Aufforderung, eine offizielle Zeugnisanfrage zu stellen, sei sie aber nicht nachgekommen, sondern habe einfach darauf verzichtet. Damit habe sie ihre Pflicht zur umfassenden Abklärung des rechtserheblichen medizinischen Sachverhalts verletzt. Dasselbe gelte für die von Dr. F.____ als unzureichend deklarierte Unfallmeldung. Wenn die Beschwerdegegnerin diese als zu wenig detailliert empfunden hätte, so hätte sie beim Beschwerdeführer 1 nachfragen müssen.

5.1.2 Die Beschwerdegegnerin führt demgegenüber aus, dass im Oktober 2013 der MRT-Bericht sowie der Operationsbericht bereits vorlagen. Unter diesen Umständen habe die Einholung der Akten betreffend Ereignisse aus dem Jahre 1985 nicht mehr zu den routinemässig zu erhebenden Informationen des Unfallversicherers gehört.

5.2 Die Ansicht der Beschwerdegegnerin ist abzulehnen. Es ist nicht ersichtlich, wie eine medizinische Gesamtbeurteilung ohne Beizug der relevanten Vorakten vorgenommen werden

kann, zumal vorliegend unter anderem die Frage im Zentrum steht, ob und inwieweit sich der vorhandene Vorzustand verschlimmert hat. Das Unfallereignis aus dem Jahre 1985 sowie die dazugehörenden Unterlagen können bei der Klärung dieser Frage nicht vernachlässigt werden. Dementsprechend ist dem Beschwerdeführer 1 beizupflichten, wenn er geltend macht, das Aktengutachten von Dr. F.____ beruhe nicht auf einer lückenlosen Aktenlage. Das Gutachten von Dr. F.____ genügt den Anforderungen an ein taugliches Beweismittel demnach bereits unter diesem Aspekt nicht, da es nicht in Kenntnis aller zu beachtenden Vorakten erstellt worden ist (vgl. E. 3.1 hiervor). Im Übrigen bestreitet die Beschwerdegegnerin auch nicht, dass das Aktengutachten von Dr. F.____ die Vorakten betreffend das Ereignis aus dem Jahre 1985 nicht berücksichtigt und insofern unvollständig ist.

6.1 In Bezug auf die Beurteilung von Dr. F.____ stimmt der Beschwerdeführer 1 zwar mit dessen Einschätzung überein, wonach bei einem Sturz einfache Verletzungen entstehen könnten, diese aber immer folgenlos abheilen würden. Vorliegend sei dies jedoch nicht der Fall. Der Beschwerdeführer 1 habe sich in ärztliche Behandlung geben müssen, weil die Schmerzen auch mehrere Wochen nach dem Unfall nicht nachgelassen hätten und er habe sich operieren lassen müssen. Es könne sich damit nicht um eine einfache Kontusion des Knies ohne strukturellen Verletzungen und Verschlimmerung des Vorzustands handeln. Die Beurteilung durch Dr. C.____ sei demgegenüber differenziert und nachvollziehbar. Dieser zeige auf, dass einerseits ein Riss und somit eine strukturelle, objektive Verletzung am medialen Meniskus durch den Unfall entstanden sei, weil es sich um eine lappenförmige Läsion gehandelt habe. Andererseits sei die laterale Meniskusläsion nach Ansicht von Dr. C.____ eher im Rahmen einer degenerativen Meniskopathie zu sehen, wobei der Unfall vom 23. Juli 2013 jedoch zu einer richtunggebenden Verschlimmerung des Vorzustands geführt habe. Ebenfalls spreche es für die Seriosität von Dr. C.____, dass er die Unfallkausalität erst postoperativ bestätigt hat, habe er die strukturelle Verletzung des Meniskus doch erst intraoperativ erkennen können.

6.2 Die Beschwerdeführerin 2 bringt vor, dass das rechte Knie des Versicherten nach Einschätzung des Kreisarztes Militärversicherung Dr. E.____ bis zum Ereignis vom 23. Juli 2013 voll belastbar gewesen sei. Danach sei ihm Fussballspielen nicht mehr möglich gewesen. Das Ereignis habe dazu geführt, dass Knieblockaden mit entsprechenden Beschwerden mindestens bis zur Operation vom 1. Oktober 2013 aufgetreten seien. Der Unfall habe somit zu einer Verschlimmerung geführt. Die Beschwerden, welche durch das Unfallereignis verursacht worden waren, seien am 26. August 2013 noch nicht behoben gewesen. Es seien nicht nur ärztliche Behandlungen notwendig gewesen und Funktionseinschränkungen vorgelegen, sondern es sei eine Arthroskopie als indiziert angesehen worden.

6.3 Es ist festzustellen, dass das Aktengutachten von Dr. F.____ nicht den gemäss Rechtsprechung geforderten Kriterien entspricht (vgl. E. 3.1 hiervor). So setzt sich Dr. F.____ ungenügend mit der von Dr. C.____ am 27. Februar 2014 vorgenommenen Beurteilung auseinander und nimmt inhaltlich keine Stellung zur Aussage, wonach bei der Arthroskopie die mediale Meniskusläsion als lappenförmige Läsion imponiert habe und deshalb wahrscheinliche Folge des am 23. Juli 2014 erlittenen Unfalls gewesen sei. Er belässt es lediglich beim Hinweis, dass davon im Operationsbericht noch keine Rede sei. Im Weiteren fand auch keine Untersuchung des

Beschwerdeführers 1 statt. Dr. F.____ unterlässt es, sich mit der Belastbarkeit des betroffenen Knies konkret auseinander zu setzen, was vorliegend aufgrund der unklaren medizinischen Sachlage angezeigt gewesen wäre. Soweit Dr. F.____ schliesslich geltend macht, dass ein Ganglion überwiegend wahrscheinlich Ausdruck der Degeneration sei, in der Literatur aber auch gegensätzliche Meinungen bestünden, so erscheinen weitere Ausführungen in diesem Zusammenhang zwingend, zumal Dr. C.____ den vorliegenden Zustand offenbar abweichend interpretiert hat.

6.4 Zu beachten ist auch, dass es sich bei der Beurteilung von Dr. D.____ vom 5. November 2013 um eine Einschätzung eines versicherungsinternen Arztes handelt, dessen Schlüssigkeit mit strengeren Massstäben zu würdigen ist (vgl. E. 3.2 hiervor). Dies spielt vorliegend insofern eine untergeordnete Rolle, als sich die Beschwerdegegnerin in erster Linie auf die Beurteilung von Dr. F.____ stützt. Es sei an dieser Stelle dennoch erwähnt, dass auch die Beurteilung von Dr. D.____ weder die Vorakten der Militärversicherung berücksichtigt noch zu den Ausführungen von Dr. C.____ Stellung nimmt. Soweit der Beschwerdeführer 1 zumindest sinngemäss geltend macht, bei Dr. F.____ handle es sich ebenfalls um eine versicherungsinterne Fachperson, so ist dies zwar unzutreffend, aufgrund der bereits festgestellten Mangelhaftigkeit des betreffenden Aktengutachtens jedoch ohnehin nicht von Bedeutung.

7.1 Aus dem Gesagten folgt, dass der medizinische Sachverhalt im vorliegenden Falle nicht rechtsgenüglich abgeklärt ist. Es stehen sich im Wesentlichen die Beurteilung von Dr. C.____ sowie das mangelhafte Aktengutachten von Dr. F.____ gegenüber. Es bleibt damit offen, ob der Unfall vom 23. Juli 2013 mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit per 26. August 2013 jede kausale Bedeutung hinsichtlich der darüber hinaus geklagten und behandelten Beschwerden am betroffenen Knie des Beschwerdeführers 1 verloren hat. Dementsprechend fehlt es an einer rechtsgenüglichen Begründung für die Einstellung der Leistungspflicht per 26. August 2013.

7.2 Gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung können die Sozialversicherungsgerichte nicht mehr frei entscheiden, ob sie eine Streitsache zur neuen Begutachtung an die Verwaltung zurückweisen. Die Beschwerdeinstanz hat vielmehr im Regelfall selbst ein Gerichtsgutachten einzuholen, wenn sie einen im Verwaltungsverfahren anderweitig erhobenen Sachverhalt überhaupt für gutachterlich abklärungsbedürftig hält oder wenn eine Administrativexpertise in einem rechtserheblichen Punkt nicht beweiskräftig ist (vgl. BGE 137 V 263 ff. E. 4.4.1 ff). Da die Beschwerdegegnerin nicht alle notwendigen Abklärungen zur Beurteilung der natürlichen Kausalität vorgenommen hat und es nicht die Aufgabe der kantonalen Gerichte ist, im Verwaltungsverfahren versäumte medizinische Abklärungen nachzuholen, steht einer Rückweisung an die Vorinstanz auch unter Berücksichtigung der neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts nichts entgegen. Die Beschwerdegegnerin, an welche die Sache zur ergänzenden medizinischen Sachverhaltsabklärung zurückzuweisen ist, wird mittels einer unabhängigen medizinischen Untersuchung die Frage zu klären haben, ob und gegebenenfalls ab wann ein Status quo sine anzunehmen ist. Dabei sind insbesondere die Vorakten der Militärversicherung zu berücksichtigen und es ist zu den Berichten des behandelnden Arztes Dr. C.____ umfassend Stellung zu nehmen.

7.3 Die Beschwerden sind demnach gutzuheissen und der Einspracheentscheid ist aufzuheben. Die Angelegenheit wird im Sinne der Erwägungen zu weiteren Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung an die Visana zurückgewiesen.

8.1 Art. 61 lit. a ATSG hält fest, dass das Verfahren vor dem kantonalen Gericht für die Parteien kostenlos zu sein hat. Es sind deshalb für das vorliegende Verfahren keine Kosten zu erheben.

8.2 Laut Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Dem Verfahrensausgang entsprechend ist dem Beschwerdeführer 1 daher eine Entschädigung für die Vertretungskosten zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen. Die Rechtsvertreterin des Beschwerdeführers 1 hat in ihrer Honorarnote vom 17. November 2014 für das vorliegende Verfahren einen Zeitaufwand von 8.8 Stunden geltend gemacht. Dies ist umfangmässig in Anbetracht der Komplexität der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen nicht zu beanstanden. Die Bemühungen sind zu dem in Sozialversicherungsprozessen praxisgemäss für durchschnittliche Fälle zur Anwendung gelangenden Stundenansatz von Fr. 250.-- zu entschädigen. Nicht zu beanstanden sind sodann die in der Honorarnote ausgewiesenen Auslagen von insgesamt Fr. 106.--. Dem Beschwerdeführer 1 ist deshalb eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2‘490.50 (8.8 Stunden à Fr. 250.-- und Auslagen von Fr. 106.-- zuzüglich 8% Mehrwertsteuer) zu Lasten der Beschwerdegegnerin zuzusprechen.

9. Gemäss Art. 90 des Bundesgesetzes über das Bundesgericht (BGG) vom 17. Juni 2005 ist die Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht zulässig gegen Entscheide, die das Verfahren abschliessen. Selbständig eröffnete Zwischenentscheide sind – mit Ausnahme der Zwischenentscheide über die Zuständigkeit und über Ausstandsbegehren (vgl. Art. 92 BGG) – nur mit Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten anfechtbar, wenn sie einen nicht wieder gutzumachenden Nachteil bewirken können (Art. 93 Abs. 1 lit. a BGG) oder wenn die Gutheissung der Beschwerde sofort einen Endentscheid her beiführen und damit einen bedeutenden Aufwand an Zeit oder Kosten für ein weitläufiges Beweisverfahren ersparen würde (Art. 93 Abs. 1 lit. b BGG). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung handelt es sich bei einem Rückweisungsentscheid an den Versicherungsträger zur Aktenergänzung und anschliessenden Neuverfügung nicht um einen Endentscheid, sondern um einen Zwischenentscheid im Sinne von Art. 93 Abs. 1 BGG. Dies gilt auch für einen Rückweisungsentscheid, mit dem eine materielle Teilfrage (z.B. eine von mehreren materiellrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen) beantwortet wird (BGE 133 V 481 f. E. 4.2).

Beim vorliegenden Rückweisungsentscheid handelt es sich somit um einen Zwischenentscheid im Sinne des BGG. Demnach ist gegen ihn eine Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten an das Bundesgericht nur unter den in Art. 93 Abs. 1 BGG genannten Voraussetzungen zulässig. Ob diese erfüllt sind, entscheidet das Bundesgericht. Die nachstehende Rechtsmittelbelehrung erfolgt unter diesem ausdrücklichen Vorbehalt.

Demgemäss wird **e r k a n n t** :

://: 1. Die Beschwerden werden in dem Sinne gutgeheissen, dass der Einspracheentscheid der Visana Versicherungen AG vom 21. Juli 2014 aufgehoben und die Sache an die Vorinstanz zurückgewiesen wird, damit sie, nach erfolgter Abklärung im Sinne der Erwägungen, über den Leistungsanspruch des Beschwerdeführers 1 neu verfüge.

2. Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3. Die Visana Versicherungen AG hat dem Beschwerdeführer 1 eine Parteientschädigung in der Höhe von Fr. 2‘490.50 (inkl. Auslagen und 8 % Mehrwertsteuer) zu bezahlen.